

O10-09

EPOCH 及び PEG-Intron 併用が奏功した再発難治性 ATLL 患者

日本赤十字社長崎原爆病院 血液内科

^{あらき}荒木 ^{ともり}智徳、^{まつの}松尾 真稔、^{くぼ}堀尾 謙介、^{しろ}城 達郎、^{あさひ}朝長万左男

患者は基礎疾患に2型糖尿病を有する66歳女性。62歳時にC型慢性肝炎（A1/F2, HCV group 1b）と診断された。この際、慢性型のATLLである事も判明した。2010年1月、WBC:25900（Abnormal Ly 86%）/μl、LDH:275U/l、Ca:8.2mg/dl、sIL-2R:11500U/ml、右梨状窩、舌根扁桃、口腔扁桃の腫脹を認め、急性転化と診断され入院となった。Modified LSG15 protocolに準じて化学療法を1コース施行。元の慢性型のような病態となった。Grade 2-3の血液学的及び非血液学的副作用が認められ、患者の治療拒否により、以後は外来経過観察となった。しかし、再び病態の悪化が認められ、2010年8月に再入院。MIT及びCPT-11などにて化学療法を行うも、反応性は得られなかった。そこで、EPOCH療法とPEG-Intronとを併用して治療を開始。幸いにして治療効果が認められた。併用療法を6コース施行（2011年3月まで）CRが得られた。現在、外来にてフォロー中である。再発難治性のATLLに対して、化学療法とPEG-Intron併用が完全寛解をもたらした貴重な症例であり報告する。

O10-11

カテーテル抜去を躊躇したためDICになりかけた中心静脈カテーテル感染の1例

長岡赤十字病院 小児外科¹⁾、長岡赤十字病院 看護部²⁾

^{かなだ}金田 ^{さとし}聡¹⁾、^{ひろ}広田 雅行¹⁾、^{こがわ}小川 晶子²⁾

【はじめに】カテーテル感染症の治療原則はカテーテルの即時抜去である。今回、短腸症候群で在宅静脈栄養を行っている患者が発熱で来院したが、臨床症状から腸炎の可能性も考えられたためカテーテル抜去を1日ためらったところ、急激な血小板、凝固系の低下を認めた症例を経験した。

【症例】24歳男性。生後4日に腸回転異常症・中腸軸捻転にて手術施行、小腸大量切除となり、残存小腸4cm（Bauhin弁は残存）となった。以降、在宅静脈栄養管理となり定期的に外来でキット交換などのフォローを行っている。

今回、腹痛・下痢を伴う発熱（38.5度）で救急外来を受診。当初は急性腸炎と考えたが、カテーテルに輸液製剤を接続後に一過性の発熱を認めたためカテーテル感染の可能性も考慮し、抜去はせずに入院の上で様子観察とした。翌日、高い発熱は認めなかった（38.5度）が血小板の低下（9.7・4.8万）を認めたため、緊急でカテーテル抜去を行った。抜去後速やかに解熱したが、血小板の正常化にはしばらく時間を要した。また抜去の翌日の検査で凝固系の低下を認めたが、その後改善した。全身状態の改善した3週間後にカテーテルの再挿入を行った。

【まとめ】中心静脈管理の患者の発熱時は、まずカテーテル感染を考え、その可能性があればカテーテルの即時抜去が治療原則である。特に compromised host と考えられる患者では、急激な増悪を来すことがあるので要注意であることを再認識させられた。

O10-10

ウエステルマン肺吸虫の一例

熊本赤十字病院 総合内科

^{うえきはら}上木原健太、^{けんた}築山 和子、^{とく}徳永健一郎、^{うえ}上田裕二郎、^{おお}大戸 雅史

症例は中国出身の36歳、男性で、入院の約1週間前からの咳嗽、深呼吸時の胸痛を主訴に当院受診された。胸部X線で左優位の両側胸水貯留と超音波検査で心嚢液貯留を認め、精査・加療目的に入院した。入院3日目の血液検査で好酸球13.4%と高値認め、胸水穿刺で滲出性胸水であり、白血球分画で好酸球が92%と高値であった。入院の約6カ月前にサワガニを頻繁に生食しており、寄生虫感染を疑ったが、便、胸水、喀痰の虫卵塗抹検査はいずれも陰性であった。ただし、患者の従兄も2年前に同様にサワガニの生食後に、胸水貯留認め、精査により虫卵検出し、2日間の内服治療のみで軽快した経緯もあったため、本人も肺吸虫感染症を強く疑った。血清抗寄生虫抗体提出後、診断的治療を兼ねて、入院4日目よりブラジカンテル内服を開始した。内服後、速やかに咳嗽、胸痛の症状消失し、胸水、心嚢液は減少し、経過良好で入院10日目に退院となった。後に血清のウエステルマン肺吸虫抗体が強陽性であった。

O10-12

副作用・感染症報告から判明した輸血後HCV感染症例について

東京都赤十字血液センター 学術二課

^{あめたに} 鈴谷利江子、^{りえこ}高橋 好春、^{あめたに}高橋 雅彦、^{あめたに}高梨美乃子、^{あめたに}中島 一格

【はじめに】輸血用血液製剤は、核酸増幅検査（NAT）導入により、HBV、HCV及びHIV感染リスクは大幅に減少し、その安全性は格段に高くなった。しかし、病原体の検出には限界があり、感染リスクをゼロにすることは困難である。第46回日本赤十字社医学会総会において、医療情報活動を通じて収集したHBV感染症例を報告したが、今回、NAT（20本プール）導入後、2例目のHCV感染症例を経験したので報告する。

【症例1】難治性逆流性食道炎、マロリーワイス症候群の50代女性。消化管出血のため、2006年10月から12月にRC-MAP 5本が輸血された。2007年1月、肝機能異常（AST/ALT 2132/796）を認め、薬剤性肝障害と診断された。2007年7月、2008年4月にHCV抗体陽性が確認されていた。2010年10月、過去のカルテの確認によりHCV陽転が判明し、当血液センターに報告された。献血者の保管検体をを用いた個別NATにより、1本がHCV-RNA陽性と判明し、献血者及び患者のウイルス塩基配列は一致した。

【症例2】症例1の原因製剤の同時製造品（FFP）について、ガイドラインに基づき調査を行った。受血者は肝内結石症の70代男性。手術のため、2007年8月に当該FFPを輸血された。血液検査の結果、HCV-RNA陽性、HCV抗体陽性であり、献血者及び患者のウイルス塩基配列は一致した。

【まとめ】輸血医療の安全性確保のために、輸血用血液製剤の更なる安全対策の向上が必要とされるが、輸血実施サイドにおいて、特定生物由来製品である輸血用血液製剤の感染リスクを認識することも重要であり、「輸血療法の実施に関する指針」に基づく院内体制の整備、適正使用の推進等が求められている。特に、医療機関における輸血前検体保管及び輸血前後の感染症検査の実施は、輸血後感染症の早期発見、早期治療を可能にするためにも重要であることが改めて確認された。